

Esquizofrenia asociada a consumo de múltiples sustancias

Responsabilidad profesional

*María de los Ángeles López Valladares^{a,§},
Valeria Piña Guzmán^{a,*}, Carina Xóchil Gómez Fröde^{a,‡}*

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave clasificado dentro de los trastornos psicóticos. Los pacientes suelen presentar síntomas variables dependiendo de las 3 dimensiones sintomáticas que padezcan, lo que genera dilación en su apego temprano al tratamiento. El caso clínico de interés a presentar corresponde a un paciente del sexo masculino en la cuarta década de la vida diagnosticado con esquizofrenia asociado al consumo de múltiples sustancias, el cual fue motivo de analizar derivado de los efectos adversos presentados al tratamiento farmacológico posterior a un episodio psicótico. El abordaje farmacológico con pacientes que padecen esta patología debe ir encaminado a contrarrestar los síntomas con base en antipsicóticos y a los efectos adversos



Pevels/Manav Sharma

causados por los mismos, siempre y cuando la enfermedad sea diagnosticada oportunamente.

Palabras clave: Esquizofrenia; antipsicóticos; patología; alcoholismo; haloperidol.

Schizophrenia Associated with Multiple Substance Use Abstract

Schizophrenia is a severe psychiatric disorder classified within the psychotic disorders. Patients usually present variable

^a Dirección General de Arbitraje. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Ciudad de México, México.

*Autor para correspondencia: Carina Xóchil Gómez Fröde. Correo electrónico: cgomez@conamed.gob.mx
ORCID ID:

[§] <https://orcid.org/0000-0001-7331-9301>

^{*} <https://orcid.org/0000-0003-0919-9290>

[‡] <https://orcid.org/0000-0001-6715-2728>

Recibido: 26-mayo-2022. Aceptado: 25-julio-2022.



symptoms depending on the three symptomatic dimensions they suffer from, which generates delay in their early adherence to treatment. The clinical case of interest to be presented corresponds to a male patient in the fourth decade of life diagnosed with schizophrenia associated with multiple substance use, which was analyzed due to the adverse effects of pharmacological treatment following a psychotic episode. The pharmacological approach with patients suffering from this pathology should be aimed at counteracting the symptoms based on antipsychotics and the adverse effects caused by them as long as the disease is diagnosed in a timely manner.

Keywords: Schizophrenia; antipsychotic agents; pathology; alcoholism; haloperidol.

OBJETIVO

Analizar un caso clínico en relación a la sintomatología secundaria al uso de antipsicóticos en un paciente en la cuarta década de la vida.

MOTIVO DE LA QUEJA

Presentada por paciente, quien refirió que en internamiento por brote psicótico y posterior a la ministración de antipsicóticos presentó sintomatología que le impedía realizar las actividades de la vida diaria.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino en la cuarta década de la vida, con antecedentes de uso de múltiples sustancias desde la infancia, sin suspender y alcoholismo diario hasta la intoxicación. Hipertensión arterial sistémica de 2 años de evolución en tratamiento. Inicia su padecimiento cuando el cuidador primario refiere observarlo con irritabilidad constante, heteroagresividad, aislamiento, soliloquios, risas inmotivadas e ideas delirantes, heteroagresividad física dirigida hacia su entorno familiar, fue ingresado por errores de juicio y conducta, heteroagresividad física; se le reportó irritable, en regulares

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en el mundo (40-50% de las hospitalizaciones psiquiátricas). Aproximadamente 40% de los enfermos no recibe tratamiento. El 80% de los pacientes que remiten recaen, y cerca del 40% de los pacientes con esquizofrenia mantiene una mala evolución a pesar de las intervenciones farmacológicas.

condiciones de higiene y aliño, atención hipoproséxica, verborreico, ideas de daño y megalómanas, juicio fuera de marco de realidad, sin conciencia de enfermedad; se ponderó probable trastorno psicótico asociado al consumo de múltiples sustancias vs esquizofrenia paranoide, se inició tratamiento con base en antipsicótico (haloperidol 5 mg), clonazepam, por insomnio y ansiedad, posteriormente, se agregó decanoato de haloperidol intramuscular,

con indicación cada 28 días. Durante la estancia hospitalaria evolucionó hacia la mejoría, con control de la sintomatología inicial, continuaba con juicio pobre, pero dentro del marco de realidad, nula conciencia de enfermedad, nula proyección a futuro, se emitió el diagnóstico definitivo de esquizofrenia paranoide, la escala de impresión clínica global al ingreso en 5 (marcadamente enfermo), y con grado de cambio a 1 (muchísimo mejor). Egresó con indicación de clonazepam, haloperidol, con pronóstico regular para la función por pobre conciencia de enfermedad y mala red de apoyo familiar, se especificó no suspender tratamiento, en éste se señaló que, en caso de dudas sobre la medicación o los efectos secundarios del medicamento, consultara al médico tratante; observar conductas en el paciente que pudieran indicar reactivación de la enfermedad o efectos secundarios. No obra evidencia documental de solicitud de atención nuevamente, continuando a cargo de cuidador primario desde su egreso, sin apego a tratamiento establecido.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, representando el 40-50% de las hospitalizaciones psiquiátricas. A pesar de que el tratamiento reduce sustancialmente los síntomas y puede retardar el deterioro, aproximadamente el 40% de los enfermos no reciben tratamiento¹. El curso clásico de la esquizofrenia es con exacerbaciones y remisiones, el 80% de los pacientes que remiten recaen, ello obedece principalmente a la falta de adherencia al tratamiento². Cerca del 40% de los pacientes con esquizofrenia mantiene una mala evolución a pesar de las intervenciones farmacológicas, por lo que presentan dificultades para obtener y mantener un empleo, lo cual interviene para su mal pronóstico². Las tasas de falta de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia oscilan entre el 50 y el 90%, incluso con antipsicóticos atípicos³.

MARCO TEÓRICO

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico y grave, clasificado dentro del grupo de los trastornos psicóticos. Desde el punto de vista psicopatológico, es esencialmente un trastorno del pensamiento con manifestaciones en diferentes áreas como la del afecto, la percepción, la motivación, la conducta y la actividad motora³. Es una enfermedad mental grave y debilitante, se caracteriza por el deterioro de los procesos del pensamiento y una respuesta emocional deficiente. El tratamiento con antipsicóticos a largo plazo evita y disminuye las recaídas. Con el tratamiento hay una mejor conciencia de enfermedad, disminuye el riesgo suicida, las conductas violentas y los trastornos por el uso de sustancias².

Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia son:

- a) Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser el 1, 2 o 3:
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.





3. Discurso desorganizado (disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- b) Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.
- c) Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses si no se trató.
- d) Se ha descartado trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar.
- e) No se debe a uso de sustancias, ni otra enfermedad⁴.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de esquizofrenia es totalmente clínico, no se han determinado síntomas patognomónicos, ni biomarcadores. Se emplean escalas para evaluar la gravedad de la enfermedad, por ejemplo:

Escala de impresión clínica global

La escala de impresión clínica global (ICG) es uno de los instrumentos de evaluación breves más ampliamente utilizados en psiquiatría, es una medida sencilla para evaluar la gravedad de la enfermedad y el grado de mejora en la esquizofrenia.

La ICG ha sido diseñada para evaluar los diferentes grupos de síntomas (positivos, negativos, cognitivos y depresivos) que están presentes en la esquizofrenia y la gravedad global de la enfermedad. La escala debe ser aplicada después de realizar una entrevista clínica. Las puntuaciones deben basarse, no sólo en la información procedente de la entrevista-



ta clínica, sino también en toda otra información disponible.

Hay 2 grupos de evaluaciones y 5 dimensiones para cada puntuación. Los grupos de evaluaciones son:

- *Gravedad de la enfermedad:* Evaluar la gravedad de la enfermedad en la semana anterior.
- *Grado de cambio:* Evaluar el grado de cambio (mejoría o empeoramiento) comparando con la semana anterior de iniciar el tratamiento actual.
- *Las dimensiones para cada evaluación son:* síntomas positivos (alucinaciones, delirios, conducta bizarra, grandiosidad), síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, retraimiento emocional, contacto pobre), síntomas depresivos (tristeza, ánimo depresivo o desesperanza), síntomas cognitivos (deterioro de atención, concentración o memoria, desorganización conceptual, dificultades

en el pensamiento abstracto, pensamiento estereotipado), gravedad global (considerar la gravedad de los síntomas y la interferencia para el funcionamiento). Para los primeros 4 apartados (síntomas positivos, negativos, depresivos y cognitivos), la evaluación debe centrarse en la gravedad de los síntomas solamente. Para la puntuación 'gravedad global', deben considerarse tanto la gravedad de los síntomas como su interferencia para el funcionamiento.

Puntos de anclaje

- a) Gravedad de la enfermedad.
 1. Normal, no enfermo.
 2. Mínimamente enfermo. Pocos o leves síntomas de enfermedad con funcionamiento adecuado o muy poca interferencia en las tareas habituales u ocupacionales del paciente.*



3. Medianamente enfermo. Bajo nivel de síntomas de la enfermedad con poco deterioro en las tareas sociales u ocupacionales usuales del paciente.*
 4. Moderadamente enfermo. Algunos síntomas prominentes con alguna interferencia en el nivel de funcionamiento diario.*
 5. Marcadamente enfermo. Significativos síntomas de enfermedad con importante interferencia en las tareas habituales del paciente.*
 6. Gravemente enfermo. Síntomas de enfermedad muy marcados. El paciente es incapaz de funcionar en la mayoría de áreas de actividad diaria.*
 7. Entre los pacientes más graves. Síntomas de enfermedad extremos. El paciente está completamente incapacitado y requiere un cuidado extra y supervisión.*
- b) Grado de cambio.
1. Muchísimo mejor. Del todo bien o casi del todo bien, síntomas residuales mínimos; muy buen nivel de funcionamiento; representa un cambio muy sustancial.*
 2. Mucho mejor. Bastante mejor con reducción significativa de síntomas, pero algunos síntomas permanecen; incremento en el nivel de funcionamiento.*
 3. Mínimamente mejor. Ligeramente mejor con pequeña o ninguna reducción clínicamente significativa de síntomas. Representa muy poco cambio en el estado clínico básico, nivel de cuidado o capacidad de funcionamiento.*
 4. Sin cambios. Los síntomas permanecen básicamente igual.
 5. Mínimamente peor. Ligeramente peor no clínicamente significativo; representa un muy pequeño cambio en el estado clínico básico o capacidad funcional.*
 6. Mucho peor. Claramente peor con incremento significativo de síntomas y pérdida de funcionamiento en varias áreas de funcionamiento social u ocupacional habitual.*

7. Muchísimo peor. Marcadamente peor con gran exacerbación de síntomas y pérdida del funcionamiento.*
8. No aplicable. No existe evaluación previa o no hay información acerca del estado anterior.*

*Para síntomas positivos, negativos, depresivos y cognitivos, sólo se debe evaluar la gravedad de los síntomas y no la interferencia⁵.

SIGNOS Y SINTOMAS

La esquizofrenia tiene 3 dimensiones clínicas sintomáticas:

1. Psicótica.
2. Síntomas negativos.
3. Desorganización cognitiva.

Así como 2 dimensiones complementarias:

1. Excitabilidad/agitación, donde los síntomas determinados se manifiestan con explosiones, irritabilidad, impulsividad, agresión e hiperactividad.
2. Ansiosa/depresiva, que comprende síntomas afectivos, tales como: cuadros de ansiedad, minusvalía, tristeza, culpa, pérdida de esperanza, ideas de muerte o ideas suicidas.

Las alteraciones del movimiento oscilan entre una hiperactividad y una excitación notables hasta un retardo pronunciado e, incluso, estupor con mutismo. El paciente puede adoptar posiciones extrañas (crucifijo o cabeza elevada a varios cm de la almohada) durante períodos prolongados.

Ocasionalmente se observa un negativismo extremo u obediencia automática. Son más frecuentes los manierismos, como marcha a pasos cortos, muecas llamativas, enfatización de movimientos normales, agitación extrema o ralentización de los movimientos, repetición de gestos rítmicos. Los trastornos del movimiento pueden aparecer como movimientos agitados del cuerpo, algunos de los cuales se repiten una y otra vez, o la imitación de las palabras o movimientos de su interlocutor (ecolalia y ecopraxia respectivamente)⁶. La presencia de un



Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con consumo de sustancias sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada. Las medicaciones antipsicóticas pueden usarse a las dosis habituales, pero debe informarse a los pacientes que el empleo de medicación antipsicótica y alcohol u otras sustancias puede aumentar la sedación y la falta de coordinación.

trastorno por uso de sustancias pasa inadvertido con frecuencia o es infravalorado en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es examinado durante un episodio psicótico agudo. Los efectos del uso de sustancias en los síntomas esquizofrénicos son diversos, y ello dificulta la distinción de los síntomas relacionados con el uso de sustancias de los debidos a la psicosis o a ambas cosas.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

En la evaluación inicial deben ser considerados estudios diversos, como la tomografía axial computada, la evaluación neurocognitiva, el examen neurológico para evaluar algún trastorno del movimiento, el electrocardiograma, la medición de peso y glucosa sérica³.

Los análisis de laboratorio y los estudios de detección de sustancias pueden resultar útiles para detectar o sugerir un consumo de alcohol u otras sustancias. Muchos pacientes con esquizofrenia no presentan un síndrome de dependencia fisiológica asociado a la dependencia del alcohol u otra sustancia⁷.

TRATAMIENTO

Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con consumo de sustancias sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a estos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como, por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación⁷. Las medi-

caciones antipsicóticas pueden utilizarse a las dosis habituales, pero debe informarse a los pacientes que el empleo conjunto de medicación antipsicótica y alcohol u otras sustancias puede aumentar la sedación y la falta de coordinación⁸.

El tratamiento de primera elección son los antipsicóticos atípicos, basados en el hecho de su mejor tolerabilidad y el reducido riesgo de disquinesia tardía⁶. Las benzodiacepinas pueden ser útiles en la fase aguda como coadyuvantes en la agitación psicótica y ansiedad, pudiendo reducir la dosis de antipsicótico⁸.

Dada la dificultad de tratamiento de los pacientes con esquizofrenia con trastorno por uso de sustancias y su consideración como esquizofrenias resistentes, los antipsicóticos atípicos han sido los fármacos más evaluados en estos pacientes; en los episodios agudos se recomienda principalmente haloperidol, perfenazina y zuclopentixol¹.

Los antipsicóticos de primera generación (clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, sulpirida, tioproperazina, trifluoperazina y zuclopentixol) son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, conductas extrañas), y en menor medida los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), frente a los que son relativamente ineficaces.⁷

El haloperidol está indicado también en la manía, como tratamiento complementario breve de la ansiedad grave, la agitación psicomotora, la excitación y en la conducta violenta o peligrosamente impulsiva⁷.

Por vía oral la posología de inicio oscila entre 1.5-3 mg, 2-3 veces al día, o 3-5 mg, 2-3 veces al día, si el paciente tiene un trastorno grave o rebelde. En la esquizofrenia refractaria se pueden precisar hasta 30 mg/día. Se debe ajustar la dosis de mantenimiento a la mínima eficaz, 5-10 mg/día, según la respuesta. En inyección intramuscular o intravenosa, la posología de inicio es de 2-10 mg y continuar cada 4-8 h según la respuesta hasta una dosis máxima diaria de 18 mg. Los pacientes con trastornos graves precisan a veces una dosis inicial de hasta 18 mg⁷.

EFFECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO

Existen precauciones y contraindicaciones características de los antipsicóticos convencionales, que también pueden provocar hemorragia subaracnoidea y trastornos metabólicos como hipopotasemia, hipocalcemia o hipomagnesemia. Los efectos adversos más frecuentes son reacciones de pigmentación y fotosensibilidad raras. El tratamiento tiene efectos extrapiramidales, como las reacciones de distonía y acatisia sobre todo en pacientes con tirotoxicosis, hipoglucemia y secreción inadecuada de hormona antidiurética, y en pocas ocasiones pérdida de peso⁷. Con respecto al uso de haloperidol, los síntomas extrapiramidales ocurren en los primeros días o semanas posteriores a la administración del antipsicótico, son dosis dependientes y son reversibles una vez que se haya reducido o suspendido el fármaco¹. Presenta menos efectos sedantes y antimuscarínicos o hipotensores respecto a otros antipsicóticos convencionales. Se utiliza por vía oral, intramuscular e intravenosa⁷.

Los antipsicóticos convencionales pueden provocar hemorragia subaracnoidea y trastornos metabólicos como hipopotasemia, hipocalcemia o hipomagnesemia. Los más frecuentes son reacciones de pigmentación y fotosensibilidad raras. El tratamiento tiene efectos extrapiramidales, como las reacciones de distonía y acatisia sobre todo en pacientes con tirotoxicosis, hipoglucemia y secreción inadecuada de hormona antidiurética, y en pocas ocasiones pérdida de peso.

TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

Más del 60% de los pacientes que reciben antipsicóticos de primera generación llegan a presentar





efectos extrapiramidales, algunos en más de una forma (parkinsonismo y acatisia, por ejemplo).

- a) *Distonía aguda*. Está caracterizada por contracciones espásticas de un grupo pequeño de músculos, principalmente de la cara y el cuello. Se presenta entre el 2 y 5% de los pacientes que inician con un antipsicótico incisivo de primera generación, como el haloperidol, trifluoperazina, perfenazina; ocurre en las primeras aplicaciones, generalmente dentro de los 3 primeros días. La distonía aguda responde a la administración de anticolinérgicos (biperideno, trihexifenidilo)⁸.
- b) *Parkinsonismo secundario a antipsicóticos*. Los síntomas típicos son hipocinesia, rigidez muscular y temblor. Clínicamente puede ser indistinguible de la enfermedad de Parkinson. Suele presentarse dentro de los primeros días o semanas de iniciado el antipsicótico o de haberse incrementado la dosis del mismo. El manejo del parkinsonismo secundario a antipsicóticos debe hacerse en primer lugar, si es posible, disminuyendo o suspendiendo el fármaco y manejar temporalmente anticolinérgicos como trihexifenidilo o biperideno.
- c) *Acatisia*. Se describe como una sensación subjetiva de intranquilidad o malestar difícil de describir, acompañado de la necesidad de estar en continuo movimiento, con incapacidad para relajarse o quedarse quieto en una posición. Suele presentarse dentro de los primeros días o semanas de iniciado el antipsicótico o de haberse incrementado la dosis del mismo. El tratamiento de primera elección para el manejo de la acatisia aguda es disminuir o suspender el medicamento asociado y administrar un bloqueador beta adrenérgico, como propranolol o metoprolol. De segunda elección pueden manejarse benzodiacepinas.
- d) *Síndromes tardíos*. El síndrome tardío es un grupo de trastornos del movimiento inducido por el

uso de fármacos, principalmente antipsicóticos, que puede presentarse de diversas maneras clínicas, meses o años después de haber iniciado el tratamiento, y que no desaparecen con la suspensión del medicamento. Es común observar disquinesias tardías en gente mayor en la cual se utilizó el antipsicótico (perfenazina, risperidona) para el manejo de síntomas ansiosos. Por otro lado, es preferible la utilización de antipsicóticos de segunda generación para disminuir el riesgo de la aparición de estos síntomas, la resolución completa espontánea al suspender el medicamento es rara, menos del 3%, por lo que no se recomienda el dejar sin tratamiento antipsicótico al paciente con esquizofrenia y movimientos anormales por el alto riesgo de recaída y la falta de evidencia de mejoría al suspender el antipsicótico. A la fecha, no se tiene un manejo efectivo contundente para la disquinesia tardía en sus diferentes modalidades.⁹

TRATAMIENTO, LITERATURA ACTUALIZADA

El inicio rápido del tratamiento farmacológico es vital, especialmente dentro de los 5 años posteriores al primer episodio agudo, ya que durante esta etapa ocurren la mayoría de los cambios neurofisiológicos relacionados con el trastorno mental, por lo que un tratamiento rápido podría evitarlos. Los objetivos de la terapia para el tratamiento agudo de la esquizofrenia son reducir los síntomas psicóticos y tratar de llevar al paciente a la recuperación funcional.

La *American Psychiatry Association* (APA) recomienda los antipsicóticos atípicos como tratamiento de primera línea de la esquizofrenia, excluyendo la clozapina debido a sus efectos adversos. Se prefieren los antipsicóticos atípicos sobre los típicos, porque se asocian con menos frecuencia con síntomas extrapiramidales, aunque, por el contrario, causan más efectos adversos metabólicos (aumento de peso, hiperlipidemia y diabetes *mellitus*); algunos conllevan un riesgo potencial mayor que otros, lo que debe tenerse en cuenta al seleccionar un tratamiento para el manejo de la esquizofrenia. La terapia combinada o el tratamiento con clozapina se reserva para pacientes que tienen una respuesta parcial o pobre al tratamiento estándar con antipsicóticos atípicos.





La clozapina ha mostrado eficacia en aquellos pacientes que han mostrado una respuesta pobre o parcial a otros agentes. La clozapina se distingue por su mayor eficacia en el tratamiento de síntomas positivos en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento y por la ausencia relativa de síntomas extrapiramidales. Sin embargo, su uso está limitado por varios efectos adversos raros, pero graves y potencialmente mortales, que requieren una estrecha vigilancia. Los pacientes que tienen un primer episodio de esquizofrenia tienden a tener una mayor probabilidad de respuesta a los medicamentos antipsicóticos y, a menudo, tienen una respuesta a dosis más bajas que los pacientes que han tenido múltiples episodios. También son más vulnerables

a los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos¹⁰.

RECOMENDACIONES

- Existe un acuerdo casi absoluto del panel de expertos en que el tratamiento de elección para un primer episodio de esquizofrenia es un antipsicótico atípico, como risperidona, amisulprida o aripiprazol, existiendo una cierta preferencia por aquellos de acción prolongada.
- La elección debería basarse en la presentación clínica de la enfermedad, el estado general del paciente y la eficacia del fármaco. Existe acuerdo también en que hay que considerar el costo y el acceso a servicios y al fármaco.
- Los efectos secundarios son, según los expertos, un factor de gran relevancia, ya que disminuyen el apego al tratamiento y la calidad de vida¹⁰.

MALA RESPUESTA A LA MEDICACIÓN

Cuando hay una mala respuesta a la medicación, se debe evaluar la adherencia a la medicación y el uso de sustancias antes de que se pueda establecer definitivamente la falta de respuesta. Si no hay respuesta a la medicación después de 4-6 semanas, a pesar de la optimización de la dosis, se debe considerar un cambio en el antipsicótico. Cuando se obtenga una respuesta parcial, esta debe reevaluarse después de 8 semanas, a menos que existan efectos adversos importantes¹⁰.

RECOMENDACIONES

- Basar la valoración de la respuesta clínica en la disminución de la sintomatología psicótica, organización de la conducta y pensamiento, mejoría en los síntomas negativos, reinserción del nivel de funcionamiento social familiar y laboral, cognición y calidad de vida. La escala PANSS (escala para la evaluación de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia) es una buena herramienta para medir cambios en la gravedad de los síntomas.
- En pacientes con resistencia al tratamiento convencional, la primera elección es clozapina, aunque también podría considerarse brexpiprazol o risperidona. Hay que descartar la falta de apego al tratamiento en todas las etapas de este¹⁰.



EJERCICIO DE REFORZAMIENTO

1. ¿Qué áreas del pensamiento se ven afectadas dentro de la esquizofrenia?

- a) Visión, somato-sensitiva, auditiva.
- b) Afecto, percepción, motivación, conducta y actividad motora.
- c) Área de Broca, área límbica, área de Wernicke.
- d) Motora, auditiva, afecto y percepción.

2. Instrumento de evaluación utilizado en psiquiatría para la evaluación de la gravedad de la enfermedad y el grado de mejoría en la esquizofrenia:

- a) Escala de Síndrome Positivo y Negativo.
- b) Escala de Impresión Clínica Global.
- c) Escala breve de Evaluación Psiquiátrica.
- d) Escala de Evaluación de la actividad Global.

3. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia:

- a) Delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado, síntomas negativos.
- b) Ideas delirantes de daño, desconfianza, temor.

- c) Alucinaciones auditivas, soliloquios, ideas delirantes de persecución.
- d) Apatía, pobre expresión afectiva, aislamiento.

4. Tratamiento de primera elección en esquizofrenia:

- a) Potenciadores cognitivos, antipsicóticos.
- b) Antipsicóticos y benzodiazepinas.
- c) Inhibidor selectivo de la receptación de serotonina, benzodiazepinas.
- d) Antiepiléptico, antipsicótico, inhibidor selectivo de la receptación de serotonina.

5. Principales efectos secundarios al tratamiento establecido para esquizofrenia:

- a) Náusea y vómito.
- b) Insomnio, anemia.
- c) Efectos extrapiramidales, distonía, acatisia, disquinesia tardía.
- d) Eritema, fatiga.

Respuestas: 1. b, 2. b, 3. a, 4. b, 5. c.

REFORZAMIENTO

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico y grave, clasificado dentro del grupo de los trastornos psicóticos. Desde el punto de vista psicopatológico, es esencialmente un trastorno del pensamiento con diferentes manifestaciones:

- a) Áreas como la del afecto, la percepción, la motivación, la conducta y la actividad motora.
- b) Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia son 2 (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser 1, 2 o 3:
 - 1. Delirios.
 - 2. Alucinaciones.
 - 3. Discurso desorganizado (disgregación o incoherencia frecuente).
 - 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 - 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia [falta de motivación para comenzar una actividad]).
- c) La esquizofrenia tiene 3 dimensiones clínicas sintomáticas: 1) psicótica, 2) síntomas negativos, 3) desorganización cognitiva. Y 2 dimensiones complementarias: 1) excitabilidad/agitación, donde los síntomas determinados se manifiestan con explosiones, irritabilidad, impulsividad, agresión e hiperactividad y 2) ansiosa/depresiva que comprende síntomas afectivos, tales como: cuadros de ansiedad, minusvalía, tristeza, culpa, pérdida de esperanza, ideas de muerte o ideas suicidas¹¹.
- d) La presencia de un trastorno por uso de sustancias pasa inadvertida con frecuencia o es infravalorada en los individuos con esquizofrenia, en especial si el paciente es examinado durante un episodio psicótico agudo¹¹.
- e) La terapia farmacológica es esencial en el tratamiento de individuos que tienen esquizofrenia. La hospitalización es necesaria para aquellos cuyo comportamiento puede ser peligroso para ellos mismos o para quienes les rodean, que tienen una pobre red de apoyo o un cuadro



severo que impida el manejo por parte de los familiares.

- f) El tratamiento de primera elección son los antipsicóticos atípicos, basados en el hecho de su mejor tolerabilidad y el reducido riesgo de disquinesia tardía. Las benzodiacepinas pueden tener utilidad en la fase aguda como coadyuvantes en la agitación psicótica y ansiedad, pudiendo reducir la dosis de antipsicótico.

DISCUSIÓN

El caso en particular se trata de un tema analizado por parte de la CONAMED, en el cual los hechos sucedieron en el año 2015, por lo tanto, la bibliografía que se utilizó para la revisión del caso clínico debe de ser analizada en la temporalidad en que ocurrió el hecho presentado; sin embargo, consideramos que es menester señalar una aclaración narrativa con respecto al tratamiento actualmente utilizado para pacientes con esquizofrenia en evidencias bibliográficas con base en la literatura médica actualizada, la cual considera que el

uso de antipsicóticos siempre será la primera línea de tratamiento óptima para este tipo de pacientes, con la finalidad de dar tratamiento encaminado al primer episodio psicótico, ya que actualmente se considera que el uso de antipsicóticos de uso temprano contrarresta los episodios psicóticos futuros, así como los efectos adversos secundarios al uso de los mismos, lo que, para el caso clínico en particular, nos encamina a considerar alternativas en relación al tratamiento y los avances clínicos del 2015 al 2022, lo cual es de nuestro interés resaltar en esta revisión de caso.

CONCLUSIONES POR PARTE DE CONAMED

Tanto el diagnóstico, como el tratamiento fueron correctos y apegados a las recomendaciones de la literatura especializada. El uso de antipsicóticos es el tratamiento de elección para contrarrestar los episodios agudos en los que los pacientes pueden poner en riesgo su vida y la de su entorno. El episodio psicótico remitió merced al manejo. Durante la estancia hospitalaria, no se reportaron síntomas extrapiramidales, manifestaciones clíni-

cas reportadas como efecto adverso de los antipsicóticos que, en caso de haberse presentado, son transitorios. La inasistencia del paciente lo pone en riesgo de recaída.

ANÁLISIS CRÍTICO

La esquizofrenia se considera uno de los padecimientos de mayor relevancia en psiquiatría, ya que se considera un trastorno mental que puede cursar con episodios psicóticos, alucinaciones, agresividad, aislamiento social. En diversas teorías, este es un padecimiento que está asociado con causas congénitas desde el desarrollo de las funciones de sistema de neurotransmisión, mientras otras teorías sugieren el desarrollo cerebral prematuro; aunque la causa es idiopática, se encuentra asociado a alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central. El inicio de los síntomas por lo general suele presentarse desde etapas tempranas en la juventud hasta etapas tardías en la edad adulta, pero es importante mencionar que al momento de detectar síntomas tempranos, la primera línea de atención deberá ser bajo la clasificación de síntomas que habitualmente suelen referir los pacientes como: irritabilidad, alteraciones del juicio y la conducta, así como presentar delirios y alucinaciones, clasificando a estos síntomas de acuerdo a síntomas negativos o positivos de acuerdo a la respuesta farmacológica. El tratamiento siempre será dirigido al control de síntomas psicóticos, así como terapia psiquiátrica y psicológica para tratar de mantener al paciente consciente de la patología con la cual cursa y las consecuencias clínicas que puede conllevar el inadecuado apego a su tratamiento, y en casos donde los pacientes puedan poner en riesgo su vida o la de alguien de su entorno social deberán ser ingresados bajo vigilancia hospitalaria para contrarrestar eventos adversos. Es relevante comentar que los pacientes que cursan con este tipo de trastorno suelen recaer en algún tipo de adicción, ya sea a sustancias químicas, alcoholismo, tabaquismo o fármacos, debido al estado obsesivo compulsivo y alucinógeno en el que se encuentran, aunado a que en muchos de los casos la red familiar es deficiente debido a la problemática conductual que envuelve a este tipo de pacientes. ●

REFERENCIAS

1. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2022 Sep 01]; 37(Suppl 1):1-101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001&lng=es
2. Escamilla R, Saracco R. Trastornos del pensamiento: esquizofrenia. Tratamiento antipsicótico. En: Chávez-León E y Asociación Psiquiátrica Mexicana. Programa de actualización continua en Psiquiatría 7. Libro 5. México: Editorial Intersistemas; 2016. pp. 1-9, 17.
3. Diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en el primer nivel de atención y especialidad. México: Secretaría de Salud; 2009.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. España: Editorial Médica Panamericana; 2013. pp. 21, 54-55, 365-366.
5. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(416):16-23.
6. Lozano JA. Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia. *OFFARM*. 2002;21(9).
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente; Fórum de Salud Mental (coord.). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. AATRM. N° 2006/05-2.
8. Bermeo-Méndez H, et al. Tratamiento de la esquizofrenia en el primer episodio psicótico. Revisión de la Literatura. *Rev Med Inv*. 2015;3:11-6.
9. Guía basada en la evidencia de la Asociación Psiquiátrica de América Latina y de la Asociación Psiquiátrica Mexicana para el tratamiento del paciente con esquizofrenia. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2022 Sep 01];37(Suppl 1):1-101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000700001&lng=es.
10. Escamilla-Orozco RI, Becerra-Palars C, Armendáriz-Vázquez Y, Corlay-Noriega ISY, Herrera-Estrella MA, Llamas-Núñez RE, et al. Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gac. Méd. Méx* [revista en la Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 09];157(Suppl 4): S1-S12.
11. Rocca Bennasar M, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Trastornos psicóticos. España: Editorial Ars Médica; 2007. pp. 249, 285.